

Ejercicio clínico y espiritualidad*

Armando Rivera-Ledesma** y María Montero-López Lena

Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen: ¿Quién debe hacerse cargo de las necesidades espirituales de un paciente, y cómo? Se ha reportado evidencia sobre la importante asociación entre la vida espiritual y la salud física y mental de las personas (e.g. Meisenhelder y Chandler, 2002; Silberfarb, Anderson, y Rundle, 1991; Koenig, George y Siegler, 1988). Atender las necesidades espirituales de los pacientes bajo cuidado médico es una realidad clínica cotidiana (Mueller, Plevak, y Rummans, 2001) en las unidades de traumatología, oncología, y en general en aquellas áreas donde el paciente se ve confrontado con su propia muerte, o la de un ser querido, y la Organización Mundial de la Salud ha enfatizado su importancia (Dein y Stygall, 1997). Sin embargo, actualmente se realizan esfuerzos a fin de precisar cómo llevar a cabo esta función, haciéndose clara la necesidad de mejorar la identificación de los roles que en este sentido desempeña cada clínico (Kristeller, Zumbun y Schilling *et al.*, 1999; Daaleman y VandeCreek, 2000). El presente trabajo analiza esta problemática explorando la inserción de lo espiritual en los cuatro recursos psicoterapéuticos básicos que constituyen el arsenal clínico en psicología: el acompañamiento, la consejería, la psicoterapia y los sistemas psicoterapéuticos.

Palabras clave: Espiritualidad; psicoterapia; religión; clínica; consejería; acompañamiento.

Title: Clinical practice and spirituality.

Abstract. Who must be in charge of the spiritual necessities of patients, and how? The literature reports evidence about the importance of the association between the spiritual life and the physical and mental health in people (e.g. Meisenhelder y Chandler, 2002; Silberfarb, Anderson, y Rundle, 1991; Koenig, George y Siegler, 1988). Attend the spiritual necessities of the patients in medical care is a daily clinical reality (Mueller, Plevak, y Rummans, 2001), in traumatology, oncology, and all those areas where the patient is confronted with his own death, or the death of loved beings, and the World Health Organization had emphasized his importance (Dein y Stygall, 1997). However, nowadays, there are efforts to determine how this function has to be done, and how must operate each clinic (Kristeller, Zumbun y Schilling *et al.*, 1999; Daaleman y VandeCreek, 2000). The present paper analyzes this problem, exploring how to insert the spiritual world inside the four basic resources in psychotherapy that constitutes the clinical arsenal in psychology: accompanying, counseling, psychotherapy, and psychotherapeutic systems.

Key words: Spirituality; psychotherapy; religion; clinic; counseling; accompanying.

Mueller, Plevak, y Rummans (2001), han destacado la importancia del afrontamiento religioso para los pacientes con enfermedades crónicas de difícil pronóstico (VIH, dolor crónico, cardiopatías, enfermedades renales en etapa final, esclerosis múltiple, etc), así como los beneficios que por su mediación es posible obtener (menor ansiedad ante la muerte, mayor aceptación, etc.). Distintos investigadores han aportado evidencia sobre la importante asociación entre la vida espiritual y la salud física y mental de las personas, (Cf. Yates, Chalmer, y James, 1981; Silberfarb, Anderson, y Rundle, 1991; Koenig, George y Siegler, 1988; Zuckerman, Kasl, y Osfeld, 1984; Gardner y Lyon, 1982; Armstrong, Merwyk y Coates, 1977; Cutler, 1976; Edwards y Klemmack, 1973; Meisenhelder y Chandler, 2002 entre otros), y se han desarrollado instrumentos psicométricos para una adecuada evaluación de estas relaciones (Cf. la revisión de Mytko y Knight, 1999); en México, y en muestras de Adultos Mayores, Rivera-Ledesma y Montero-López Lena (2005a) han explorado el *Inventario de Sistemas de Creencias* de Holland, Kash, Passik, Gronert, Sison *et al.* (1998), la sub-escala de *Afrontamiento religioso ante la soledad* del IMSOL de Montero-López Lena (1999; Cf. también Rivera-Ledesma y Montero-

López Lena, 2004b, 2005b) y la sub-escala de *Relación con Dios* de la *Escala de Bienestar Espiritual*, EBE, de Paloutzian y Ellison (1982; citado por Montero-López Lena y Sierra, 1996), explorándose en sujetos mexicanos la relación entre salud mental y vida espiritual, a través de la evaluación de distintas variables tales como la soledad (Rivera-Ledesma y Montero-López Lena, 2003a), la depresión (Rivera-Ledesma y Montero-López Lena, 2003b), religiosidad y vejez (Rivera-Ledesma y Montero-López Lena, 2005b) y distintas variables psicosociales vinculadas a la vida religiosa de los Adultos Mayores (Rivera-Ledesma y Montero-López Lena, 2004a).

La necesidad de atender las necesidades espirituales de los pacientes bajo cuidado médico es una realidad clínica cotidiana que puede sentirse con mayor claridad en las unidades de cuidados paliativos con pacientes terminales (Mueller, Plevak, y Rummans, 2001), en las unidades de traumatología, oncología, y en general en aquellas áreas donde el paciente se ve confrontado con su propia muerte, o la de un ser querido. De hecho, la *Organización Mundial de la Salud* enfatizó en su definición de los cuidados paliativos tanto los aspectos psicosociales como los espirituales del paciente (Dein y Stygall, 1997). La importancia de satisfacer las necesidades espirituales de los pacientes no parece estar en discusión; sin embargo, actualmente se realizan esfuerzos a fin de precisar cómo llevar a cabo esta función, haciéndose clara la necesidad de mejorar la identificación de los roles que en este sentido desempeña cada clínico (Kristeller, Zumbun y Schilling *et al.*, 1999; Daaleman y VandeCreek, 2000), y muy específicamente los médicos (Mueller *et al.*, 2001), las enfermeras (O'Neill y Kenny, 1998), los psicólogos (Zinnbauer y Pargament, 2000; Stander, Piercy, Mackinnon y Helmeke, 1994), los psiquiatras (Moran, 1998), e incluso los líderes

* Agradecemos el apoyo financiero otorgado por el *Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología* del Gobierno de México a través de la beca No. 95177 para la realización de estudios doctorales otorgada al primer autor de este trabajo.

****Dirección para correspondencia [Correspondence address]:** Armando Rivera-Ledesma y María Montero-López Lena. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. División de Estudios de Posgrado. Cubículo 7. Av. Universidad 3004, Copilco Universidad, Ciudad Universitaria. México, D.F. 04510.

E-mail: monterol@servidor.unam.mx, armandoriveral@aol.com

espirituales (León, 2000; Crabb, 2001). Cada especialidad parece expresar en el encuadre clínico que le es característico distintos cuestionamientos profesionales y éticos, circunscribiendo su actuación a un cierto nivel de intervención en relación a lo espiritual. Sin embargo, parece ser que no existe aun un claro consenso que permita dilucidar *¿quién debe hacerse cargo de las necesidades espirituales de un paciente, y cómo?* Este es un problema relativamente nuevo y espinoso de no fácil solución, incluso desde la definición de los términos básicos implicados en la problemática, y que finalmente permitirían una comunicación adecuada entre las distintas disciplinas.

En principio, el concepto *religión* puede ser entendido como un sistema de creencias y cultos organizados por personas practicantes (Emblen, 1992); la religión ha sido vista como una institución social asociada a sacerdotes, dogmas, doctrinas, templos, instituciones, e incluso a intromisión política y organizaciones sociales, que implica enormes estructuras sociales que abrazan muchas más cosas que sólo directamente la experiencia espiritual de las personas (Tart, 1975, citado por Zinnbauer, Pargament y Scott, 1999). Por otro lado, la *religiosidad* puede ser vista como la expresión *comportamental* del sistema de creencias y cultos organizados de la religión. La religiosidad se vive en lo social como un cuerpo de conocimientos, comportamientos, ritos, normas y valores que rigen [o pretenden regir] la vida de sujetos interesados en vincularse con lo divino [como quiera que lo entiendan]; pretende ser un compromiso [no siempre logrado] con creencias y prácticas características de una tradición religiosa particular (Peteet, 1994) expresada en credos y rituales (Walker y Pitts, 1998). La religiosidad posee un carácter *directivo*, al dotar al sujeto de los conocimientos necesarios fundamentales para ir en busca de *lo divino* a través del adoctrinamiento y la congregación con otros.

Algunos autores (*v.gr* Tart, 1975, citado por Zinnbauer, Pargament y Scott, 1999; Wulff, 1996, Rivera-Ledesma y Montero-López Lena, 2005a), han sugerido que la religiosidad admite en su seno dos cualidades: cuando la religiosidad es ejercida como *medio* para acceder a *la experiencia* de lo divino cumple su fin último que es la *espiritualidad*. Sin embargo, cuando la religiosidad se convierte en un *fin en sí misma*, la experiencia de lo divino se desvanece, y la religiosidad adquiere un carácter instrumental, adaptativo y supersticioso, que aleja al sujeto de lo espiritual. La religiosidad no es sino el cascarón de la vida religiosa del creyente; aquello que dota de realidad y sentido esencial a esta vida religiosa es justamente la espiritualidad, la experiencia de lo divino. Sin espiritualidad, la vida religiosa no es sino apariencia, máscara, acartonamiento, endurecimiento, vacío de lo divino. La religiosidad es de naturaleza esencialmente social; hace las veces de contenedor de lo espiritual, de protector; es un soporte socio-cultural. En contraposición, la naturaleza de la espiritualidad es singular, específica, personal (Emblen, 1992); es incluso una dimensión que trasciende lo biológico, psicológico y social de la vida (Mauritzen, 1988). Allport (1966, citado por Zinnbauer, Pargament y Scott, 1999), hizo clara esta diferencia al contrastar una forma superior de fe deno-

minada *religión intrínseca*, con otra forma inferior denominada *religión extrínseca*. El creyente intrínseco vive su religión y ve su fe como el valor más alto de su vida. En contraste, el creyente extrínseco usa la religión en un sentido estrictamente utilitario para ganar seguridad, posición social, u otras metas no religiosas o anti-religiosas. James (1919, citado por Mytko y Knight, 1999, p. 440) conceptualizó lo espiritual como el conjunto de *sentimientos, actos y experiencias de los Hombres individuales en su soledad, cuando se perciben a sí mismos en relación con lo que consideran lo divino*. Lo espiritual ha sido definido como un estado interno caracterizado por un sentimiento de integración con la vida y el mundo (Soeken y Carson, 1987), de manera dinámica; como un proceso funcional dinámico (Wulff, 1996), que se desarrolla en la singularidad del sujeto y posteriormente se expresa en lo social. Se trata del elemento dinámico y estático del mismo fenómeno. En tanto el primero nutre y da sentido a la experiencia, el segundo contiene, protege y proporciona una dirección formal. El segundo es estructura y el primero, proceso (Rivera-Ledesma y Montero-López Lena, 2005b). El *National Institute for Healthcare Research* (NIHR, 1997), definió la espiritualidad como la búsqueda de lo sacro o lo divino a través de cualquier ruta o experiencia de vida. Así, la espiritualidad se asume como *la experiencia de lo divino*.

El papel asumido por cada disciplina ante las necesidades espirituales del paciente se ha definido de diferentes maneras; evidentemente, las funciones o tareas asumidas por un grupo profesional pueden traslaparse en algunos casos con las de otro; algunas funciones, dado su grado de especialidad, permanecen bajo el dominio de una profesión específica. Con todo, existen propuestas dentro del ámbito de cada disciplina que resumimos a continuación.

1. Medicina

Ellis, Vinson y Ewigman, (1999), preguntaron a 170 médicos familiares acerca de sus actitudes con respecto a la espiritualidad y las barreras y frecuencia con que solían discutir asuntos espirituales con sus pacientes. El 96% consideró que el bienestar espiritual era un componente muy importante para la salud. El 86% consideró que el médico debería referir los pacientes con cuestionamientos espirituales a los capellanes; y el 58% consideró que deberían dirigir los asuntos espirituales de sus pacientes. El miedo a la muerte fue el asunto espiritual más comúnmente discutido, y menos del 20% de los médicos reportó discutir otros tópicos espirituales en más del 10% de sus pacientes. De acuerdo con Ellis, *et al.* (1999), las barreras para dirigir aspectos espirituales incluyeron: falta de tiempo (71%), entrenamiento inadecuado para tomar historias espirituales (59%), y dificultades para identificar a los pacientes que desearan discutir asuntos espirituales. Mueller, *et al.*, (2001) encontraron barreras adicionales: (1) La formación biomédica del clínico, en la que los aspectos espirituales son poco relevantes; (2) Algunos médicos no mantienen una orientación espiritual para su propias vidas, pudiendo subestimar esta orientación en sus clientes. (3) El

entrenamiento médico considera muy pocas veces los efectos positivos que sobre la salud es capaz de generar la vida espiritual. Por su parte, Goldfarb, Galanter, McDowell, Lifshutz y Dermatis (1996), Anandarajah y Hight, (2001), han subrayado la necesidad de un mayor entrenamiento en esta área. (4) Algunos pacientes pueden tener complejas o desalentadoras necesidades espirituales que pueden desmotivar el involucramiento del médico.

A pesar de estas barreras, la demanda de atención espiritual por parte del cliente generalmente está presente en el trabajo clínico. Evidentemente, el médico no siempre puede atender dicha demanda por las razones expuestas, pero parece ser una clara exigencia el que esté sensibilizado a las necesidades espirituales de sus pacientes, reconociéndolas y respetándolas (Koenig, 2000; Post, Puchalski y Larson, 2000). De hecho, varias escuelas de medicina en los Estados Unidos de América están conduciendo cursos sobre espiritualidad para mejorar el ejercicio clínico y las habilidades del médico (Puchalski y Larson, 1998, citado por Post *et al.*, 2000). Se ha sugerido que dado que referir a un paciente con un capellán puede ser crítico para un buen cuidado de su salud, la falta de tal referencia, producto de la ausencia de una evaluación espiritual adecuada, podría ser considerado como una forma de negligencia (Post *et al.*, 2000).

Una de las funciones atribuidas a la medicina ha sido la *evaluación de la espiritualidad*, que Anandarajah y Hight, (2001) han definido como un proceso cuyo objetivo es identificar en el paciente las necesidades espirituales que son pertinentes al cuidado médico. Parece haber acuerdo entre los clínicos acerca de la necesidad de evaluar las necesidades espirituales del paciente mediante la inclusión de su *historia espiritual* en la evaluación médica inicial (Post *et al.*, 2000; Mueller *et al.*, 2001); Mueller *et al.*, han destacado que la historia espiritual proporciona la información necesaria para valorar la importancia de aspectos espirituales en la vida del paciente, o para determinar cómo puede ser usada la espiritualidad de éste como una fuente de fuerza y afrontamiento. Existen varios formatos de historia espiritual que pueden ser utilizados; un panel en consenso de la *American College of Physicians* (Lo, Quill y Tulskey, 1999, citado por Koenig, 2000) sugirió 4 preguntas que los médicos pueden emplear con pacientes seriamente enfermos, que evalúan en el doliente aspectos como la importancia de la fe tanto para su enfermedad como para otras circunstancias de su vida, la existencia de personas con quien puede hablar en materia de asuntos religiosos, y su interés por hacerlo al momento de la evaluación. Anandarajah y Hight, (2001), por su parte, han propuesto un cuestionario de evaluación espiritual que explora cuatro áreas en el sujeto: (1) Recursos de esperanza, significado, confort, fuerza, paz, amor y conexión.; (2) Religión organizada; (3) Espiritualidad personal y prácticas, y (4) Efectos sobre el cuidado médico y aspectos vinculados al final de la vida. La obtención de información sobre la historia espiritual puede ser por sí misma una actividad alentadora para el paciente, porque proporciona una oportunidad para exponer dudas, necesidades y preocupaciones, tranquilizándolo. Una

vez conocidas las necesidades del paciente, el médico puede proceder a coordinar su satisfacción, haciendo accesibles algunas fuentes de cuidado espiritual como el apoyo de un clérigo, un pastor, sacerdote o capellán, e incluso facilitar el acceso a amigos y familiares importantes para él (Koenig, 2001).

Se ha sugerido (Tucker, Roper, Rabin y Koenig, 1999) que la función del médico debe ser más de soporte que de intervención; sin embargo, también se ha propuesto una actuación más activa. En este sentido, Anandarajah y Hight (2001) sugieren que cuando el médico ha evaluado la espiritualidad de su paciente puede optar por cuatro acciones: (1) No tomar ninguna acción, excepto ofrecer su presencia, comprensión, aceptación y compasión. (2) Incorporar la espiritualidad dentro del cuidado preventivo de salud, intentando ayudar al paciente a identificar y movilizar sus propios recursos espirituales internos como una medida de cuidado preventivo. (3) Sumar la espiritualidad al tratamiento a través de ayudar a los pacientes a identificar aquellas medidas espirituales (rezar, escuchar música religiosa, etc.) que pueden ayudarlo a afrontar el proceso terapéutico (una cirugía, la toma de medicamentos, etc.). (4) Modificar el plan de tratamiento en consideración a aspectos religiosos o espirituales del paciente. Magaletta, Duckro y Staten, (1997) han destacado que, cuando se ha decidido utilizar aspectos tales como la discusión de asuntos de fe o la oración a partir de la evaluación de la historia espiritual del paciente, el médico puede emplear el poder curativo del compromiso religioso y la oración, cuando ambos, médico y paciente, o sólo el paciente, son personas de fe. De acuerdo con los autores, pueden desarrollarse tres escenarios con respecto al uso de la oración, dependiendo del nivel de intimidad y mutualidad entre médico y enfermo: (1) El médico puede incluir al paciente en sus oraciones privadas con el conocimiento de éste; puede orar frente al paciente, o puede orar frente a otros vinculados al paciente. (2) El médico puede alentar al paciente a orar en forma privada o en su comunidad religiosa, y (3) El médico y el paciente pueden orar juntos, que es la forma más íntima. Con todo, Post *et al.* (2000), han sugerido que el que un médico ore es aceptable sólo cuando no está disponible o no es accesible un cuidado pastoral profesional; cuando el paciente intenta orar con los médicos, y cuando el médico puede orar sin tener que fingir una fe que no siente, y sin manipular al paciente. Este último aspecto podría afectar la adherencia terapéutica del paciente si el clínico le pasa por alto y el paciente le descubre, sintiéndose defraudado.

2. Enfermería

En una investigación realizada con personal de enfermería ($n=267$) y médicos oncológicos ($n=94$), Kristeller *et al.* (1999) hallaron que el 47.5% de los primeros, y el 37.5% de los segundos, se identificaron a sí mismos como los responsables principales de dirigir las aflicciones de tipo espiritual de los pacientes a su cargo; a pesar de ello, ambos le concedieron una muy baja prioridad a esta actividad con respecto a

otras demandas de atención clínica del paciente. El 85% reconoció que lo ideal es dejar esta función a los capellanes.

Se ha señalado (Laukhuf y Werner, 1998) que históricamente el personal de enfermería ha sido vinculado con el cuidado de la persona como totalidad, es decir, como cuerpo, mente y espíritu, y se ha afirmado que el rol de la enfermera o enfermero es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de las actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (e incluso a una muerte pacífica), que él realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Siguiendo a Laukhuf y Werner, ha sido alrededor de los últimos veinte años del siglo XX cuando se ha incluido la responsabilidad del cuidado espiritual de los pacientes en la práctica de enfermería en el *International Council of Nurses, Code of Ethics*, en la publicación de las normas para la *Práctica de Enfermería Holística* de la *American Holistic Nurses Association*, y en el desarrollo del diagnóstico de enfermería para la aflicción espiritual por el *North American Nursing Diagnosis Association* (Hall y Hiltreth, 1993, citado por Laukhuf y Werner, 1998). Así, se ha insistido en que es responsabilidad del personal de enfermería el atender las necesidades espirituales de sus pacientes (Chilton, 1998; Hall y Lanig, 1993), y el mantenimiento de un enfoque holístico ha sido importante para solventar esta propuesta.

El enfoque holístico supone que la sanidad se alcanza cuando el espíritu es incorporado en el cuidado a la salud. De acuerdo con esta visión, existe una diferencia entre *curar* y *sanar*; la cura ocurre cuando se detiene o se revierte el proceso de la enfermedad; la sanidad, sin embargo, supone un proceso más complicado; puede o no incluir a la cura. La sanidad prevé la integración de cuerpo, mente y espíritu. Un ejemplo sería una paciente que diagnosticada con un tumor cerebral resiste la cura y muere. Sin embargo, en el curso de su hospitalización ella podría entrar en paz con su diagnóstico, y decidir abandonar sus sentimientos de odio y resentimiento, pedirle perdón a Dios, perdonar y amar a otros, y finalmente morir en paz. Esa mujer habría sido sanada, aunque no hubiese alcanzado la cura (Laukhuf y Werner, 1998). La experiencia de la enfermedad y la pérdida lleva al sujeto a confrontar su propia humanidad, su mortalidad y su realidad última al mismo tiempo. Laukhuf y Werner, señalan que los humanos tienen cuatro necesidades espirituales durante la enfermedad y la salud: (1) Significado y propósito en la vida, (2) Dar y recibir amor, (3) Esperanza y creatividad, y (4) Perdón.

Dentro de ese contexto teórico, la meta de todo profesional de enfermería es el *cuidado comprensivo del paciente*, es decir, visualizando al paciente en conjunto, como totalidad. Al efecto, debe llevarse a cabo una *evaluación comprensiva, holística*, dentro de la cual se puede y se deben identificar las necesidades espirituales del paciente (Laukhuf y Werner, 1998, p. 64-65); los autores proporcionan una serie de preguntas y guías para la realización de esta evaluación. Una vez culminado este procedimiento, el personal de enfermería está en condiciones de planear las estrategias de intervención consecuentes. Munley (1983, citado por O'Neill y Kenny,

1998) describe tres metas del cuidado espiritual para enfermeras: (1) Fomentar la integridad dentro de los pacientes, (2) Promover los vínculos interpersonales, y (3) Respetar y aumentar la búsqueda personal de significado.

O'Neill y Kenny (1998) destacan el importante papel que juega el personal de enfermería al ayudar a un paciente moribundo a enfrentar el miedo a la muerte y al proceso del morir a través de la búsqueda de un significado. Los casos de SIDA son un buen ejemplo de situaciones que significan un importante reto, no sólo por las condiciones de la enfermedad en sí, sino por los complejos requerimientos espirituales que implica, y que pueden afectar el cuidado a varios niveles. Las tácticas de intervención pueden consistir en hablar, escuchar, orar y leerle al paciente libros religiosos (o de naturaleza espiritual). En opinión de Laukhuf y Werner (1998), el hablarle al paciente acerca del papel de la religión y de Dios en su vida, puede ser una estrategia de intervención importante. En este sentido, Chilton, (1998) sugiere que una intervención espiritual consiste en estar con el paciente y buscar entender, *no predicar*. La autora incluye además el uso de reminiscencias, el fomentar la conectividad del paciente con lo sacro, la imaginación espiritual, y considera importante el simplemente saber *estar* con el paciente, en silencio. Adicionalmente, en enfermería debe ser capaz de orar o meditar con el paciente, cuidando que éste tenga acceso a momentos de privacidad espiritual (Bohanon, 1996; Engs, 1997, citados por Chilton, 1998). Otros aspectos importantes a considerar son el mantener las redes sociales del paciente y sus creencias religiosas; estructurar el medio ambiente, estimulando la formación de grupos de oración o la visita de miembros de su iglesia, incluso la de un clérigo; esto puede facilitar el soporte social y la religiosidad. (Laukhuf y Werner, 1998; O'Neill y Kenny, 1998). Evidentemente, este tipo de tácticas pueden estimular la adherencia terapéutica al fortalecer la esperanza del paciente y los lazos emocionales entre este y su cuidador y el personal clínico.

3. Especialistas en salud mental

Shafranske y Maloney (1990; Elkins, 1999), encuestaron a 409 miembros de la *American Psychological Association* acerca de su aproximación a la religión y la psicología, encontrando que casi todos habían evaluado el trasfondo religioso de sus clientes. Adicionalmente, el 57% había usado un lenguaje o conceptos religiosos con sus pacientes; el 36% habían recomendado participar en la religión; el 32% habían recomendado libros religiosos o espirituales; el 24% habían orado en forma privada por sus pacientes, y 7% lo habían hecho con ellos. 55% coincidieron en que es inapropiado utilizar las Escrituras dentro de la psicoterapia, así como orar con un paciente (68%). Estos hallazgos fueron obtenidos de una muestra aleatoria compuesta de psicólogos clínicos de distintas orientaciones (Psicoanálisis, 33%, Orientación cognitiva, 30%; Teoría del aprendizaje, 17%, Humanistas, 12%, eclécticos, 7%), 96% de los cuales poseía un doctorado; 73% hombres, y 26% mujeres (Shafranske y Maloney, 1990, p.73).

La inclusión de lo espiritual en el tratamiento psicológico es un esfuerzo reciente cuya consolidación se encuentra todavía lejos de ser alcanzada. El medio académico ha aceptado lo espiritual con mayor lentitud que el ámbito clínico como parecen indicar los resultados de Shafranske y Maloney (1990). Parecería que los psicólogos se encuentran en las primeras etapas de reconocimiento de este importante fenómeno; muchos se esfuerzan por encontrar el lugar de lo espiritual en la naturaleza humana (Miller, 1999, citado por Watts, 2001). Lo que parece aportar cierta luz acerca de la pertinencia de lo espiritual en el trabajo clínico psicológico es la importancia que le han concedido los clínicos en encuestas como la de Shafranske y Maloney (1990) o la de Sheridan, Bullis, Adcock, Berlin, y Miller (1992), donde lo espiritual parece ser un hecho recurrentemente importante de la práctica clínica. Sin embargo, Zinnbauer y Pargament (2000) han señalado que muchos practicantes de psicología continúan indiferentes u hostiles a la religión o a las creencias religiosas a partir de las antiguas concepciones de pensadores (e.g. Freud, 1927; Ellis, 1980, citado por Zinnbauer y Pargament, 2000), que veían a la religión como un conjunto de deseos ilusorios o como pensamientos irracionales. Zinnbauer y Pargament (2000) han sugerido que existen cuatro distintas aproximaciones con respecto a lo religioso y espiritual en la literatura del ámbito clínico, basadas en distintas suposiciones ontológicas y distintas visiones acerca del papel de la religión en la consejería. Los autores denominaron estas aproximaciones como: (1) Rechacista, (2) Exclusivista, (3) Constructivista, y, (4) Pluralista.

1. Rechacista. Central en esta aproximación es la negación de las realidades sagradas, como la existencia de Dios o el cielo que son fundamentales en las creencias religiosas o espirituales de sus adherentes. Se arguye, por ejemplo, desde el psicoanálisis, que la religión es una idealización primitiva defensiva, así como el anhelo de un cuidador omnipotente (McWilliams, 1994, citado por Zinnbauer y Pargament, 2000), o, desde el campo conductual, que las creencias religiosas son pensamientos irracionales, producto de trastornos emocionales, o un funcionamiento mental y emocional alterado (Ellis, 1980, citado por Zinnbauer y Pargament 2000). Esta aproximación reduce la religión a nivel de una defensa o alteración psicológica.

2. Exclusivista. Se basa en la realidad ontológica de la dimensión religiosa o espiritual de la existencia. Incluidas en esta aproximación están afirmaciones como "*Dios existe*", "*Las experiencias espirituales influyen la conducta humana*", "*Los valores absolutos existen y están basados en las escrituras o en textos religiosos*", "*Los consejeros deben poseer la misma visión religiosa de sus pacientes para ser efectivos*". Desde esta aproximación la "*Palabra de Dios*" en las escrituras ofrece la única verdadera concepción de la naturaleza y la conducta humanas, la manera de vivir la propia vida, la moralidad y los problemas humanos. La enfermedad mental es vista como un producto de problemas personales no resueltos, que son el resultado de con-

ductas pecaminosas no perdonadas y que continúan inalteradas. La única intervención realmente efectiva se lleva a cabo a través del *Espíritu Santo*. Así, el exclusivista respeta la religión de sus clientes, pero sólo dentro de su propia visión de la realidad. Si el cliente no cree en esta visión, es obligación del exclusivista llevarlo a ella. Como puede verse, el carácter restrictivo de esta aproximación es importante; sirve a una población con valores similares a si misma, y es poco tolerante con valores disímiles. Corre el riesgo de ser intolerante con creyentes de otras religiones. De acuerdo con Zinnbauer y Pargament (2000), los consejeros que insisten en el sólo uso del afrontamiento religioso pueden impedir o estorbar el uso de otros tipos de afrontamiento no religioso, también importantes.

3. Constructivistas. Esta aproximación niega la existencia de una realidad absoluta pero reconoce la habilidad de los individuos para construir sus propias realidades y significados. La realidad absoluta es construida por los humanos en sus interacciones, interpretaciones y esfuerzos por entender información, contextos, situaciones y a otros seres humanos. Estas construcciones están enraizadas en experiencias, sistemas de creencias, valores, miedos, prejuicios, esperanzas, decepciones y éxitos del constructor, y en el contexto social en el cual existe éste (Guba y Lincoln, 1989, citado por Zinnbauer y Pargament, 2000). El clínico puede trabajar eficientemente tanto con clientes religiosos como seculares. El trabajo terapéutico es conducido dentro del sistema de creencias del cliente. Zinnbauer y Pargament señalan que las creencias personales del constructivista pueden diferir sustancialmente de las del cliente, haciendo que la manipulación de los símbolos y metáforas sagradas del cliente para un fin secular sean un acto insincero, no auténtico, en un contexto donde el constructivista debe ser justo lo contrario.

4. Pluralista. Esta aproximación reconoce la existencia de una realidad absoluta espiritual, y permite múltiples interpretaciones y formas de acceder a ella. Reconoce que esta realidad se expresa en diferentes culturas, por diferentes personas, y de diferentes maneras. El clínico y el cliente necesitan estar concientes de sus propias historias religiosas o espirituales, marcos conceptuales y valores. Negocian su realidad social bajo la creencia compartida en una realidad absoluta espiritual, y trabajan para definir las metas de la terapia. El pluralista trae su propio ecosistema de creencias, experiencias y valores en contacto con los del cliente, creando un nuevo sistema. El pluralista puede usar múltiples índices de patología y salud, como los modelos de patología y salud religiosa (e.g. Pruyser, 1977; Spero, 1985, citados por Zinnbauer y Pargament 2000), o el uso de resultados pragmáticos como el ajuste psicológico y el funcionamiento social como una base para el establecimiento de juicios de salud (Pargament, 1997, citado por Zinnbauer y Pargament 2000). En esta aproximación se han propuesto dispositivos grupales como los *grupos de encuentro interreligioso* (Genia, 1990, citado por Zinnbauer y Pargament 2000), donde se estimula

a personas con problemas espirituales a encontrar sus propias soluciones a aspectos psicológicos, espirituales, y existenciales, basándose en una exploración grupal y personal.

Para Zinnbauer y Pargament (2000), las aproximaciones constructivista y pluralista permiten tratar con un amplio rango de aspectos religiosos y espirituales de una manera efectiva y respetuosa. Los autores sugieren que el terapeuta debe entender los mundos religiosos y espirituales de sus clientes, y citan el principio ético tanto de la *American Counseling Association*, (1995, citado por Zinnbauer y Pargament 2000) como de la *American Psychological Association*, (1992, citado por Zinnbauer y Pargament 2000) que requiere de los consejeros el que provean servicios dentro de las fronteras de su competencia. La *Sociedad Mexicana de Psicología* a través del *Código Ético del Psicólogo* (SMP, 2003), ha promovido este mismo principio, y muchos otros profesionales de la salud mental han urgido a la comunidad psicológica a capacitarse en la diversidad religiosa y espiritual a fin de incrementar su competencia en esta área (Watts, 2001; Richards y Bergin, 2000). Stander, Piercy, Mackinnon y Helmeke (1994), han hecho importantes observaciones y planteamientos con respecto a los distintos elementos teóricos y educativos que intervienen en la formación de psicoterapeutas familiares sensibles al fenómeno religioso / espiritual, y plantean la formación de profesionales competentes como una necesidad insoslayable. Moran (1998) destacó el importante apoyo que el *National Institute for Healthcare Research* brinda a distintas instituciones universitarias para el entrenamiento de psiquiatras en aspectos religiosos y espirituales, adhiriéndose a la idea de que un buen psiquiatra debe tratar a la persona como una totalidad biológica, psicológica, social, médica y espiritual. Todo lo anterior obliga a quienes deseen trabajar con clientes interesados de manera importante en lo religioso o en lo espiritual, o ambos, a capacitarse adecuadamente para ello.

4. Líderes espirituales

Sobre la integración entre espiritualidad cristiana y psicología, hay dos posturas generales básicas definidas según el origen del esfuerzo que cuestiona o intenta la integración: 1. La postura psicológica, cuyo intento ha sido denominado *integración clínica* por Hall y Hall (1997), definiéndola como la incorporación de los valores religiosos y/o espirituales dentro de la psicoterapia, que hemos analizado arriba, y 2. La postura cristiana, que concretiza sus esfuerzos en la *psicología pastoral* (León, 2000; Crabb, 2001). Ambas posturas parecen partir de una preocupación similar: preservar el cuerpo teórico de saber que constituye sus principios y objetivos; evitar a toda costa el transgredir sus fundamentos y su metodología.

En el campo del cristianismo, líderes espirituales, pastores, sacerdotes, ministros, etc, se debaten en una discusión sobre la pertinencia o no de que el cristianismo se apoye en la psicología secular (Cf. Watts, 2000), o que incluso la psi-

cología cristiana, producto de esta unión (Cf. León, 2000; Crabb, 2001), sea consistente con los fundamentos teológicos del cristianismo, según pueden ser analizados en la Biblia¹ (Cf. Passantino y Passantino, 2004). La pregunta parece ser: ¿Son compatibles el cristianismo y la psicoterapia secular (c.f. 1Samuel, 16:7)? La respuesta toma elementos fundamentalmente de la teología; terreno espinoso para la mente empírica del psicólogo, su discurso y su práctica. En principio, Crabb (2001) ha sugerido que existen cuatro enfoques al respecto desde el punto de vista del mundo cristiano, que se describen a continuación.

1. *Separados pero iguales*. Este enfoque parte del supuesto de que las Escrituras encaran problemas espirituales y teológicos, y que problemas médicos, psicológicos, dentales, etc., caen fuera del alcance de su responsabilidad; por lo tanto, tales problemas deben ser canalizados a profesionales competentes. Desde esta perspectiva, la Biblia no tiene nada que aportar a los problemas emocionales del ser humano. Psicología y Cristianismo están separadas, y al parecer serían iguales en tanto que ambas son disciplinas independientes enfocadas al bienestar humano. En opinión de Crabb, esta postura es insostenible, dado que “aun la lectura mas casual de la Biblia revela muy pronto que sí tiene mucho para decir acerca de este tipo de problemas” (p. 29).

2. *Ensalada mixta*. Supone que el combinar las ideas y los recursos de la Biblia con los conocimientos de la psicología daría por resultado una psicoterapia cristiana completa y efectiva. El problema crítico de este modelo, según Crabb,

es el de restar énfasis a la necesidad de una investigación cuidadosa de cada concepto secular a la luz de los postulados cristianos. La psicología surge de un conjunto de presuposiciones que son violentamente opuestas a la Biblia, por lo cual, una posición que no investigue diligentemente los conceptos seculares abre las puertas a una síntesis de ideas contradictorias (p. 31).

En esta misma tónica, Passantino y Passantino, (2004) han concluido que la psicoterapia secular (incluyendo tanto las posturas psicodinámicas [Freud, Jung], como conductuales [Watson, Skinner], humanistas [Maslow, Rogers, Berne]), y el propio cristianismo son incompatibles por su visión del mundo o sus supuestos teóricos (*v.gr* el Humanismo es antropocéntrico en tanto el cristianismo mantiene una postura cristocéntrica; una síntesis necesariamente alteraría ambas posiciones impactando por un lado la visión integradora de las potencialidades del Hombre, y por otro el dogma). Los autores consideran que los intentos de integración entre la psicoterapia secular y el cristianismo han hecho confusa la evaluación de la psicología cristiana, en parte por el uso de términos pertenecientes a la psicología secular (autoestima,

¹ En atención a su excelente calidad de traducción, al referirnos a la *Biblia*, al *Antiguo o Nuevo Testamentos*, a las *Escrituras*, o a los libros que las componen, estaremos hablando específicamente de la *Santa Biblia*, en la antigua versión de Casiodoro de Reina (1569), revisada por Cipriano de Valera (1602), en su revisión de 1960, editada por Sociedades Bíblicas Unidas, Corea, 1999.

autoactualización, etc) que no son adecuadamente definidos en un contexto bíblico. De acuerdo con Crabb (2001), la más alta prioridad en el intento de una integración responsable es el trazar una estrategia que pueda evaluar la psicología secular a la luz de las Escrituras. La integración podría surgir de "determinar qué conceptos psicológicos surgen naturalmente de los postulados básicos del cristianismo" (p.33). En opinión de Crabb, el modelo de la ensalada mixta podría resultar en una teoría que sutilmente vaya alejándose del cristianismo (cristocéntrico), hacia un puro humanismo (antropocéntrico).

3. *Nadamasquismo*. Según Crabb (2001), los *nadamasquistas* manejan hábilmente el problema de la integración al dejar de lado completamente a la psicología. Su principio básico es "nada más que la gracia, nada más que Cristo, nada más que la fe, nada más que la Palabra", y sostienen que mientras se mantengan cuidadosamente dentro de los principios bíblicos generales, es válido recurrir a disciplinas seculares. Conciben los desórdenes psicológicos como un conjunto de problemas causados directamente por una vida pecaminosa o no bíblica, por lo que el consejero no necesita sino conocer las Escrituras para tratar con eficacia todo problema cuya causa no sea orgánica, mediante la detección del problema y la prescripción de conductas correctoras. Crabb considera que el nadamasquismo se equivoca al desacreditar todo conocimiento de fuentes seculares como impuro e innecesario, y al tender a reducir la compleja interacción entre dos personas a un modelo simplista de "identificar-confrontar-cambiar".

4. *Despojar a los egipcios*. Crabb (2001), propone este enfoque como una posición entre la ensalada mixta y el nadamasquismo. Sugiere que la tarea no es "mirar las Escrituras a través de los lentes de la psicología, sino mirar la psicología a través de los lentes de las Escrituras" (p. 46). Afirma que para lograr una *integración verdaderamente evangélica del cristianismo y la psicología* se tienen que cumplir los siguientes requisitos: (1) La psicología debe estar bajo la autoridad de las escrituras, lo cual significa que en caso de un conflicto conceptual, las Escrituras mantendrán su carácter de verdad sobre la psicología, que será considerada falsa, a pesar de la existencia de la evidencia empírica que le apoye. (2) Debe insistir en que la Biblia es la revelación de Dios en forma inspirada, aseverativa, infalible, e inequívoca. (3) Las Escrituras deben tener control funcional sobre su pensamiento, (4) Para lograr tal control funcional de las escrituras sobre cualquier enfoque de la psicología, los integracionistas deben tener un verdadero interés en el contenido de las Escrituras. Passantino y Passantino (2004) por su parte destacan que una integración entre la psicología secular y el cristianismo no puede incluir ningún compromiso de la visión bíblica, la teología o las doctrinas sobre la humanidad, el pecado o la redención. Una integración responsable (que no significa *fusión*), debe excluir todo compromiso, omisión o contradicción con la teología bíblica.

Es importante hacer notar que la estructuración de una *psicología cristiana* emanada de las Escrituras es un esfuerzo que podría desembocar en tantas psicologías cristianas como denominaciones religiosas cristianas existan, a la manera de los distintos enfoques citados por Crabb (2001). Si los psicólogos dados a la tarea de desarrollarlas sólo apelan a la Biblia, vista e interpretada por cada uno de ellos desde distintas posiciones teológicas, las "psicologías" resultantes serían un conjunto de especulaciones saturadas de prejuicios epistemológicos, con una evidencia empírica comprometida no con la verdad y los fundamentos de la ciencia, sino con los dogmas de la teología. El riesgo es que tales "psicologías" serían una visión idealizada del ser humano carente de toda realidad, y en ese sentido serían todo, menos psicología.

Tras lo planteado por Crabb (2001), parecería que a la psicología secular sólo le queda un camino: reconocer la existencia del dogma como un elemento importante e in cuestionable del sistema, y tomar su posición frente a él y la visión del mundo que favorece, asumiéndolos como parte del contexto cultural del cliente a la manera de los enfoques constructivista o pluralista planteados por Zinnbauer y Pargament (2000). Dada la incuestionabilidad del dogma, la psicología no tiene más opción que asumirlo como otro objeto clínico de la realidad psicológica del cliente, haciendo coherente su praxis clínica dentro de un contexto donde lo espiritual toma un carácter importante. Este esfuerzo no debe comprometer los fundamentos metodológicos ni técnicos de la psicología; la psicología no es un artículo de fe; es una ciencia y como tal debe ser congruente con los fundamentos y procedimientos que le definen; su nivel epistemológico y discursivo es diferente al de la teología (Bunge, 1981).

Al respecto es importante partir de una importante diferencia entre psicología y cristianismo con relación a *lo divino*. Para el cristianismo, Dios creó al Hombre a su imagen y semejanza (Génesis, 1:27); para la psicología, es el Hombre quien crea *lo divino* (que no a *Dios*). En el primer caso predomina una visión que subraya el dogma; en el segundo, una visión que subraya el hecho como construcción social e individual. Desde esta última perspectiva *lo divino* es construido por el sujeto conforme a su propia imagen y circunstancia, social e individual; para el dogmático, es un hecho cierto que Dios lo creó todo; en psicología, *lo divino*, es una construcción, sea o no cierta su existencia; la veracidad de la existencia de lo divino no es un problema de la psicología como ciencia; lo importante para ella es que el sujeto le concede realidad dentro de un contexto axiológico que para él tiene importancia. Parece ser que ambas posturas son complementarias y no necesariamente contrarias entre sí; si teológicamente se da por cierto que Dios creó al Hombre, para el cristianismo no sería necesariamente contradictorio el que la psicología asumiese que el Hombre creó lo divino, dado que para el Hombre mismo es imposible no construirse una idea de lo divino para sí, porque como ser cognoscente, requiere de una estructuración mental de todo aquello que posee un significado para él, y toda estructura *se construye*. El Hombre

debe crear *lo divino* como objeto de conocimiento; la teología y la vida misma finalmente delinean esa concepción a través del adoctrinamiento y la experiencia; la psicología la explora a través de su papel en la dinámica psicológica del sujeto.

Por otro lado, León (2000) ha destacado una perspectiva importante a considerar. Plantea que nuestro conocimiento del ser humano tiene dos fuentes: por un lado, “el conocimiento del ser humano está estrechamente ligado al conocimiento de Dios, y viceversa” (p.16); conocimientos que vienen dados por revelación divina; el Hombre puede ser conocido “en tanto conocemos a Jesucristo, que es el arquetipo de ser humano, el nuevo Adán, el que nos restaura a la plena humanidad perdida por la caída del primer Adán” (p.19). Sin embargo, afirma que dada la complejidad del ser humano es preciso ir más allá de la teología; “el cristiano debe tener en cuenta toda la información que le ofrecen las ciencias humanas” (p.29), y ésta es la segunda fuente. En consecuencia, la psicología pastoral apunta a la *totalidad de la personalidad*, (Van der Berg, 1963, citado por León, 2000) y su propósito expreso sería “remover las barreras mentales que impiden a los recursos espirituales de poder...manifestarse a través de la personalidad en el mundo del espacio y el tiempo” (Bergsten, 1951, citado por León, 2000). En la psicología pastoral propuesta por León desde una postura psicodinámica, el cristianismo y la psicología conviven bajo un mutuo respeto y colaboración como dos reinos que se complementan. Interpretando a León, parece ser que se trata de dos conocimientos: el que atañe al *ser espiritual*, revelado conforme se conoce a Cristo, y el que atañe al *ser histórico*. Aunque ambos conocimientos podrían ser revelados por el Espíritu, la psicología puede, centrándose en el ser histórico del Hombre, dotarlo del conocimiento necesario para continuar creciendo, desarrollándose y madurando espiritualmente. Evidentemente, en la psicoterapia como en el cristianismo, la madurez es sinónimo de libertad, y en ambos casos, sólo es liberadora la verdad.

Espiritualidad y ejercicio clínico

Como ha podido verse hasta aquí, cada disciplina (psicología, medicina, psiquiatría, enfermería, religión), tiene un discurso acorde a su actividad y a los límites operativos que su propia historia académica y práctica le confieren. En el centro de la mesa está el paciente o cliente con sus dolores, su angustia, su tristeza, y lo cierto es que cada profesión hace contacto con él mediante una mirada diferente; una lectura diferente de su existencia que tiene que ver con la formación de cada una; desde ésta, y desde su situación específica - consulta privada u hospitalaria - son posibles distintos abordajes psicoterapéuticos: (1) El acompañamiento (Thomas, 1999; O'Connor, 2004), (2) La consejería, (Anandarajah y Hight, 2001), (3) La psicoterapia, (Bernstein y Nietzel, 1982), y (4) Los sistemas psicoterapéuticos. Evidentemente, estas estrategias de intervención pueden ocurrir desde perspectivas seculares o espirituales y en diferentes ramas del saber (*v.gr* la consejería puede ser de tipo tanatológica, matrimonial, edu-

cativa, etc.). En el ámbito de la psicología las cuatro poseen una especial pertinencia dado que constituyen opciones terapéuticas cuyos efectos es deseable considerar en el diseño de estrategias de intervención a diferentes niveles de cobertura social, desde lo individual hasta lo colectivo; todas ellas poseen el propósito común de promover la salud mental en diferentes situaciones y ámbitos.

1. Acompañamiento. Este tipo de cuidado puede ser proporcionado por cualquier persona; sin embargo, ello no exime que dicha persona esté provista de cierto grado de adiestramiento terapéutico, al menos básico, en materia de qué es lo que es benéfico hacer, y qué puede tener efectos iatrogénicos. Thomas (1999), para el caso de los pacientes moribundos, ha subrayado que la sensación de una presencia atenta y comprensiva tiene un poder de consolación tan grande, que permite disminuir la dosis de medicamentos ansiolíticos (p. 102), lo cual puntualiza la importancia del acompañamiento y sus efectos terapéuticos. Thomas describe el acompañamiento de la siguiente manera:

Es absolutamente necesario obrar de modo que el paciente viva normalmente sus últimos momentos: prodigarle cuidados afectuosos, tranquilizarlo, atender a sus necesidades corporales, incluidas las estéticas, darle ocasión de practicar actividades artesanales y lúdicas y procurar la presencia a su lado de sus seres queridos. (p. 102-103; Cf. Kübler-Ross, 2002).

León Tolstoi (1886 / 2003), en *La muerte de Iván Ilich*, ha mostrado a través de su Guerásim la labor del acompañamiento:

Desde entonces, Iván Ilich a veces llamaba a Guerásim para que le sostuviera los pies en sus hombros. Le gustaba hablar con él. Guerásim cumplía aquel deseo sin dificultad alguna, de buena gana, con una sencillez y una bondad que conmovían a Iván Ilich. La salud, la fuerza, la pujanza de la vida de las demás personas le herían; tan sólo la vitalidad de Guerásim le sequeaba en vez de irritarlo (p.62).

No es preciso que el paciente esté moribundo y enfrentando su ansiedad ante la muerte (en cierto sentido, siempre afrontamos esta ansiedad en situaciones críticas de salud); basta con que enfrente situaciones de pérdida importantes para que un acompañamiento activo le beneficie. O'Connor (2004) proporciona una lista de actitudes y conductas que es posible tomar en cuenta para apoyar a los familiares o amigos sobrevivientes de un paciente moribundo o que ha fallecido, entre las cuales están el “hablar poco, evitar frases trilladas, ser uno mismo, colaborar en cuestiones prácticas, aceptar los silencios, ser un buen oyente, consolar”, (p. 165), entre otras.

El acompañamiento espiritual es un tipo de cuidado espiritual general, basado en el reconocimiento de, y respuesta a, las expresiones multifacéticas de la espiritualidad tanto del paciente como de sus familiares, e involucra compasión, presencia, escucha, el fomento de una esperanza realista, y puede o no incluir conversaciones acerca de Dios o la religión. (Derrickson, 1996, O'Connor, 1987, citados por Anan-

darajah y Hight, 2001; Daaleman y VandeCreek, 2000). En cierta forma, el acompañamiento siempre alude a una situación espiritual porque aquel que es acompañado, ante una situación de pérdida, siempre se verá confrontado contra la necesidad de encontrar un sentido a lo que ocurre, o a la búsqueda de la ayuda de Dios. En ese contexto, el acompañante, hace eso; acompaña, y no interviene.

Finalmente vale recordar que cualquier tipo de intervención planeada (consejería o psicoterapia) por parte de un clínico de salud mental requiere de una *demanda de ayuda* por parte del cliente. Existen pacientes que por diversas razones pueden presentar una notable resistencia a solicitar ayuda a pesar de ser evidente que la necesitan. El acompañamiento espiritual puede ser la puerta de desarrollo de esta demanda de ayuda, al actuar como dispositivo inicial de confianza y seguridad entre el clínico y el paciente.

2. *Consejería*. A veces se toman los conceptos de consejería y psicoterapia como sinónimos; sin embargo, existe una clara diferencia entre ambas, basada en la formación profesional del que interviene, sus métodos y técnicas, y su reconocimiento oficial. En este trabajo se conceptualiza la consejería como una aproximación a mitad de camino entre el acompañamiento y la psicoterapia. La consejería supone la intervención de una persona con cierto grado de adiestramiento especializado en alguna área específica como la tanatología, la educación, la religión, o cualquier otra, y su intervención tiene como objetivo el ayudar a sus pacientes, clientes, educandos, feligreses, etc., a resolver problemas concretos vinculados con su especialidad, y sólo dentro de los límites de ella, mediante una toma de decisiones informada. El consejero proporciona información específica sobre determinadas materias, facilitando la toma de decisiones de su cliente. En un sentido espiritual, Anandarajah y Hight, (2001) han señalado que el *cuidado espiritual especializado*, - o *consejería espiritual* - involucra la comprensión y el apoyo al cliente con creencias teológicas específicas. Ello implica informar al cliente acerca de aquellos aspectos espirituales vinculados a la problemática que le aflige. Un principio fundamental de la consejería es que, una vez informado, el cliente debe tomar sus propias decisiones de manera autónoma; lo cual implica que el consejero no debe decidir por él.

3. *Psicoterapia*. La psicoterapia puede ser definida como el tratamiento de los trastornos mentales a partir de técnicas y procedimientos basados en la comunicación verbal y emocional, así como en otros comportamientos simbólicos promovidos por un psicoterapeuta con base en teorías científicas sobre dichos trastornos; la psicoterapia es una actividad clínica especializada que requiere de una intensa formación teórico-práctica que compete a profesionales clínicos especializados en el campo de la salud mental debidamente adiestrados en el tratamiento de alteraciones conductuales y emocionales. Por ello, no puede ser practicada por personas ajenas a esta formación (cf. Bernstein y Nietzel, 1982).

4. *Sistemas psicoterapéuticos*. Existen instituciones (e.g. religiones) y dispositivos sociales (agrupaciones de auto-ayuda, e.g. los grupos de alcohólicos anónimos) cuyos miembros son incorporados a sistemas de creencias y patrones de conducta que tienden a constituirse como estilos de vida. Los sujetos se incorporan a toda una ideología a la cual "*se convierten*", modificando su visión del mundo y sus conductas, con un impacto en su vida emocional. En general, parecería que este último aspecto, su vida emocional, depende de su acoplamiento a las normas del grupo. El grado de complejidad de estos grupos puede ser muy variado; pueden ir desde un grupo de Boy Scouts, de Guías, o de Alcohólicos Anónimos, hasta una religión organizada. Les llamamos *psicoterapéuticos*, porque por lo general buscan generar cierto grado de desarrollo personal en sus integrantes, no sin cursar ocasionalmente con escollos que es preciso considerar.

Jung (1978) señaló que las religiones: "son sistemas psicoterapéuticos en el auténtico sentido de la palabra, y a una escala imponente" (p.336). Watts (1983) señalaba que: "Cuando nos internamos en estilos de vida como el Budismo y el Taoísmo, el Vedanta y el Yoga, no hallamos un material de carácter filosófico ni religioso en el sentido occidental. Lo que hallamos se aproxima más a la psicoterapia" (p. 17). Es fácil ver cómo, por ejemplo, el cristianismo, es un sistema psicoterapéutico en sí mismo dado que para el creyente opera como un sistema donde puede encontrar alivio a las ansiedades, temores, pérdidas, y situaciones conflictivas de la vida (Cf. Mateo, 11:28-29). Como sistema, el cristianismo posee una serie de elementos interconectados (Del pecado al arrepentimiento, y de ahí al perdón de Dios, al amor hacia Dios y hacia el otro, a la protección y la providencia Divina, y el crecimiento espiritual; dado el Espíritu de Dios, los frutos son el "amor, gozo, paz, paciencia, benignidad, bondad, fe, mansedumbre y dominio propio" [Gálatas, 5:22-23]; el proceso reinicia nuevamente con el pecado, etc.), operando con mecanismos de retroalimentación cuyo objetivo es la renovación del creyente, es decir, el crecimiento espiritual y la culminación de un re-nacimiento (Efesios, 4:22-24; 1Pedro, 1:3, 23). León (2000) precisa que a diferencia de la psicoterapia,

la iglesia es un centro de proclamación profética donde se exhorta a los seres humanos a esforzarse por alcanzar la verdadera humanidad que ya se ha manifestado en Jesucristo....el cristiano no debe "amoldarse" a este mundo sino tomar la forma de Jesucristo. Jesucristo es el primer ser humano nacido que alcanza la plena realización, que alcanza la plena humanidad. Es el ser humano conforme al designio del Creador, el Segundo Adán (Romanos, 5:12-21) (p.170).... La encarnación de Jesucristo significa su presencia como un contemporáneo viviente en cada vida que le recibe. Cuando el ser humano siente que Cristo vive en él, entonces decimos que está en Cristo (p.171).

Así, los sistemas psicoterapéuticos constituyen un importante recurso que si bien no dependen necesariamente del saber psicológico o de psicólogos para su funcionamiento, pueden valerse de ellos al menos secundariamente para la

consecución de sus fines. Es válido afirmar que cualquier modelo psicoterapéutico en psicología es un sistema (Cf. Bernstein y Nietzel, (1982, p.312), en tanto opera mediante la interconexión de diversos elementos que permiten un funcionamiento coordinado. Lo que deseamos acentuar aquí es el carácter sistémico, complejo, altamente estructurado de la religión y otros sistemas psicoterapéuticos afines, por su pertinencia para la vida espiritual de las personas y su bienestar psicológico. Eso de lo que León habla sobre estas líneas alude no a la religión, sino a la espiritualidad, como le hemos definido al principio de este trabajo; pero el conocimiento que él vierte sobre la tinta conforma el cuerpo de una religión, el cristianismo.

Un sistema psicoterapéutico puede degenerar en un *sistema iatrogénico*, cuando su práctica se aleja significativamente de sus objetivos iniciales (*v.gr.* la salvación del Hombre por medio del sacrificio de Cristo), dirigiéndose hacia objetivos oscuros (*v.gr.* la salvación del Hombre por medio de su propio sacrificio o sus bienes). En un amplio artículo que explora la esencia y campo de la espiritualidad en la psicoterapia, Boadella (1998) cita tres capas que pueden ser halladas en cualquier religión: (1) La capa *exotérica*. En este nivel se encuentran las formas externas de la religión, las cuales con el tiempo a menudo pierden contacto con el mensaje original de su fundador, incrustándose en dogmas y fundamentalismos anti-humanistas. Ejemplos de ello son la inquisición católica, el fanatismo sionista o el fundamentalismo islámico. (2) La capa *esotérica*. El mensaje original, el *misterio*, puede ser deformado dentro de un "esotericismo" que desarrolla prácticas exóticas asociadas con la formación de grupos cerrados con una tendencia a desarrollar cultos y sectas. (3) Los *niveles esenciales*. Es el aspecto esencial de la religión; el corazón de su espiritualidad. Está conectado con el amor y la compasión, y tiene un efecto unificador en la gente.

Las religiones pueden deformarse y alejarse de sus principios originales con consecuencias nefastas para sus seguidores; de acuerdo con Boadella (1998), la conciencia de esta deformación en las enseñanzas originales de la religión, ha sido una de las razones por las cuales el razonamiento científico ha rechazado y desconfiado de la herencia religiosa de la humanidad.

Existen aun otros *sistemas ideológicos* que congregan a sujetos unidos en objetivos comunes, y que quizá podrían ejemplificar el fracaso social de lo espiritual; grupos como el Ku-Klux-Klan, el movimiento nazi, agrupaciones satánicas, y organizaciones similares, influyen sobre la visión que sobre la vida y el mundo tienen sus integrantes. Tanto estos sistemas, como los que aquí hemos llamado *iatrogénicos* y *psicoterapéuticos* deben ser analizados en el quehacer psicológico; es responsabilidad de la psicología contemporánea la evaluación empírica y clínica de dichas organizaciones con miras a determinar sus efectos sobre la vida emocional de las personas. Los sistemas sociales pueden ser importantes recursos terapéuticos en el trabajo clínico si se conocen sus alcances y limitaciones.

Conclusión

Parece ser que ninguna profesión puede apropiarse para sí el campo de lo espiritual; ni siquiera los representantes de lo sacro. Esto es así porque es el paciente quien demanda un momento de intimidad espiritual a quien cree que puede dársele sin importar su profesión. Lo cierto es que cada uno, médico, enfermera, psicólogo, psiquiatra, líder espiritual, deben estar preparados para saber responder a ese llamado. Salta a la vista que el problema del ejercicio clínico de lo espiritual tiene dos aspectos: (1) La *formación del clínico*, y (2) Su *capacidad operativa*. El primer aspecto exige ir más allá de la información para dar paso a una formación profesional que impacta no sólo la estructura cognitiva del clínico, sino su carácter y sus actitudes hacia lo espiritual. En este sentido, *no basta con parecer un sujeto de fe, es preciso serlo*. El segundo punto exige un cierto grado de conocimiento técnico traducido en habilidades profesionales. Es preciso *saber hacer*, y en este sentido hay distintos niveles de intervención como ya se describió anteriormente. Es importante que todo clínico sea sensible a lo espiritual, quizá incluso a partir de su propia experiencia; sin embargo, una cosa es ser sensible, y otra el estar capacitado para dirigir espiritualmente a un paciente en sus tribulaciones y en el contexto de sus creencias y prácticas religiosas y espirituales.

Por otro lado, las condiciones materiales del trabajo clínico en cada contexto pueden determinar en buena medida la asignación de funciones en el campo del apoyo espiritual. Ejemplo de ello es el conflicto entre enfermeras y médicos con respecto a la evaluación espiritual del paciente y la coordinación de la atención de las necesidades espirituales resultantes. Parece clara la importancia del papel de la enfermera en ambientes hospitalarios, y no debería cuestionarse la necesidad de que asuma un mayor acercamiento al mundo espiritual de sus pacientes, aunque siempre será deseable, si no necesariamente preferible, la intervención de un líder espiritual. La historia espiritual permitiría establecer un punto de contacto espiritual entre la enfermera y el paciente que se prolongaría hasta el alta de éste del hospital. La intervención activa de la enfermera en el mundo trascendente del paciente nos parece sumamente importante, porque ella es quien puede compartir con él los momentos de dolor, tristeza y desasosiego durante la mayor parte del día. Por su naturaleza, la enfermera *cuida*, y su cuidado debe ser matizado por lo *espiritual*. La enfermera debería ser el punto de contacto emocional del paciente con el mundo hospitalario.

De algunas encuestas realizadas con enfermeras se desprende que estas no siempre cuentan con el tiempo necesario para atender otros aspectos del paciente que no sean los vinculados con su salud física. Por ello, y por la gravedad de algunos casos, es importante contar con psicólogos y tanatólogos de planta que atiendan las demandas de atención emocional y espiritual de los pacientes, tanto a nivel de acompañamiento como de consejería, o psicoterapia, según se requiera. Cada caso debe ser valorado; cada sujeto posee una estructura de personalidad distinta, y algunos son más vulne-

rables que otros; algunos pueden requerir un apoyo más especializado. La enfermera puede ser capacitada para identificar casos críticos que serían canalizados a psicología o psiquiatría.

El médico debe hacerse conciente de las necesidades espirituales detectadas por la enfermera y contribuir a su satisfacción si le es demandado y si le es posible. Muchos pacientes podrían desear interactuar con su médico y saber que comprende sus necesidades espirituales. En ámbitos como la consulta privada, el médico no debería desdenar el asumir estas funciones.

Por otro lado, parece incuestionable la importancia del sistema psicoterapéutico en el que el paciente se encuentre imbuido. En él, es el sacerdote, pastor, rabino, hermanos de congregación, etc., quienes constituyen el nexo con el sistema que soporta la vida espiritual del paciente, y a ellos se debe acudir cuando sea necesario y posible. Cuando esto no

sea posible debería acudir a un clínico cuyo conocimiento sobre las normas y creencias de tal sistema psicoterapéutico le proporcione una formación adecuada y una capacidad operativa suficiente.

Distintos autores han sugerido que la espiritualidad es inherente a la psicoterapia, y se ha argumentado que toda psicoterapia supone aspectos espirituales (Bergin Payne y Richards, 1996; Browning, 1987; Tjeltveit, 1986, 1996, citados por Helminiak, 2001). Por ello es muy importante no desdenar la importancia de lo espiritual. Esta área de la vida humana ha sido largamente segregada del campo de la psicología, y parece ser necesario, hoy por hoy, asignarle un lugar más allá del apasionamiento de la fe y el escepticismo académico contemporáneo; para ello sería quizá conveniente seguir a Dante cuando afirma: *Qui si convien lasciare ogni sospetto, ogni viltà convien che qui sie morta* [Deja aquí, antes de entrar, toda sospecha. Debe morir aquí, en el umbral, toda vileza].

Referencias

- Anandarajah, G. y Hight, E. (2001). Spirituality and medical practice: Using the HOPE Questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician*, 63(1), 81-88.
- Armstrong, B., Merwyk, A., Coates, H. (1977). Blood pressure in Seventh Day Adventist vegetarians. *Am J Epidemiol.*, 105, 444-449.
- Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. (1982). *Introducción a la psicología clínica*, McGrawhill: México.
- Boadella, D. (1998). Essence and ground: Towards the understanding of spirituality in psychotherapy. *International Journal of Psychotherapy*, 3, 29-51.
- Bunge, M. (1981). *La ciencia, su método y su filosofía*. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte.
- Chilton, B.A. (1998). Recognizing spirituality. *Journal of Nursing Scholarship*, 30, 400-401.
- Crabb, L.J. (2001). *El arte de aconsejar bíblicamente*. Colombia: Editorial UNILIT.
- Cutler, S.J. (1976). Membership in different types of voluntary associations and psychological well-being. *Gerontologist*, 16, 335-339.
- Daaleman, T.P. y VandeCreek, L. (2000). Placing religion and spirituality in end-of-life care. *The Journal of the American Medical Association*, 284, 2514.
- Dein, S. y Stygall, J. (1997). Does being religious help or hinder coping with chronic illness? A critical literature review. *Palliative Medicine*, 11, 291-298.
- Edwards, J.N. y Klemmack, D.L. (1973). Correlates of life satisfaction: A reexamination. *Journal of Gerontology*, 28, 497-502.
- Elkins, D.N. (1999). Spirituality. *Psychology Today*, 32(5), 44.
- Ellis, M.R., Vinson, D.C. y Ewigman, B. (1999). Addressing spiritual concerns of patients. *Journal of Family Practice*, 48(2), 105.
- Emblen, J.D. (1992). Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature. *Journal of Professional Nursing*, 8, 41-47.
- Gardner, J.W., Lyon, J.L. (1982). Cancer in Utah Mormon men by lay priesthood level. *Am J Epidemiol*, 116, 243-257.
- Goldfarb, L.M., Galanter, M., McDowell, D., Lifshutz, H., y Dermatis, H. (1996). Medical student and patient attitudes toward religion and spirituality in the recovery process. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22(4), 549-561.
- Hall, C. y Lanig, H. (1993). Spiritual caring behaviors as reported by christian nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 15(6), 730-741.
- Hall, M.L. y Hall, T.W. (1997). Integration in the therapy room: an overview of the literature. *Journal of Psychology and Theology*, 25(1), 86-101.
- Helminiak, D.A. (2001). Treating spiritual issues in secular psychotherapy. *Counseling and values*, 45, 163-189.
- Holland, J.C., Kash, K.M., Passik, S., Gronert, M.K., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S.M., Baider, L., Fox, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psychosomatics*, 7: 460-469.
- Jung, C.G. (1978). *Psychological reflections*. Princeton, N.J.: Bollingen.
- Koenig, H.G. (2000). Religion, spirituality and Medicine: application to clinical practice. *The Journal of the American*
- Koenig, H.G. (2001). Spiritual assessment in medical practice. *American Family Physician*, 63(1), 30-32.
- Koenig, H.G., George L.K., y Siegler, I.C. (1988). The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. *Gerontologist*, 28, 303-310.
- Kristeller, J.L., Zumbun, C.S., y Schilling, R.F. (1999). "i WOULD IF i COULD": How oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8, 451-458.
- Kübler-Ross, E. (2002). *Sobre la muerte y los moribundos*, Grijalbo Mondadori: Barcelona.
- Laukhuf, G. y Werner, H. (1998). Spirituality: the missing link. *Journal of Neuroscience Nursing*, 30(1), 60-68.
- León, J.A. (2000). *Psicología pastoral para todos los cristianos*. Colombia: Kairos.
- Mauritzen, J., (1988). Pastoral care for the dying and bereaved. *Death Studies*, 12, 111-122.
- Magaletta, R., Duckro, P.N. y Staten, S.F. (1997). Prayer in office practice. On the threshold of integration. *Journal of Family Practice*, 44(3), 254-256.
- Meisenhelder, J.B. y Chandler, E.N., (2002). Spirituality and health outcomes in the elderly. *Journal of religion and health*, 41 (3), 243-252.
- Montero-López Lena, M. (1999). *Inventario Multifacético de Soledad*. Tesis Doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Montero-López Lena, M. y Sierra, C.L. (1996). Escala de Bienestar Espiritual: Un estudio de validación. *La Psicología Social en México*, AMEPSO, VI, 28-33.
- Moran, M. (1998). Getting religion. *American Medical News*, 41(21), 8.
- Mueller, P.S., Plevak, D.J., y Rummans, T.A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc*, 76, 1225-1235.
- Mytko, J.J. y Knight, S.J. (1999). Body, mind, and spirit: towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psychosomatics*, 8, 439-450.
- NIHR, National Institute for Healthcare Research (1997). *Final report, Scientific progress in spiritual research*, Rockville, MD.
- O'Connor, N. (2004). *Déjalos ir con amor, La aceptación del duelo*. Trillas: México.
- O'Neill, D.P. y Kenny, E.K., (1998). Spirituality and chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(3), 275-280.
- Passantino B. y Passantino, G. (2004). Psychology and the church (Part Three): Can psychotherapy be integrated with christianity?. *Christian Research Institute*, www.equip.org

- Peteet, J.R., (1994). Approaching spiritual problems in psychotherapy: A conceptual framework. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 237-245.
- Post, S.G., Puchalski, C.M., y Larson, D.B. (2000). Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency and ethics. *Annals of Internal Medicine*, 132, 578-583.
- Richards, P.S. y Bergin, A.E. (2000). *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rivera-Ledesma A. y Montero-López Lena M. (2003a). Soledad y espiritualidad en la Tercera Edad. *Congreso Interamericano de Psicología*, Lima, Perú.
- Rivera-Ledesma A. y Montero-López Lena M. (2003b). Espiritualidad y salud mental en Adultos Mayores. *Congreso Mexicano de Psicología*, Campeche, México.
- Rivera-Ledesma A. y Montero-López Lena M. (2004a). Aspectos psicosociales de la vida espiritual del Adulto Mayor en México. *Primer Congreso Regional SIP*, Guatemala, Guatemala.
- Rivera-Ledesma A. y Montero-López Lena M. (2004b). Afrontamiento religioso y espiritualidad en Adultos Mayores mexicanos. *Congreso Mexicano de Psicología, Guanajuato, Guanajuato*. Cf. también Rivera-Ledesma A. y Montero-López Lena M. (En prensa), Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en Adultos Mayores mexicanos, *Salud Mental*.
- Rivera-Ledesma A. y Montero-López Lena M. (2005a). Espiritualidad y Religiosidad en Adultos Mayores mexicanos. *Salud Mental*, 28(6), 51-58.
- Rivera-Ledesma A. y Montero-López Lena M. (2005b). Espiritualidad, religiosidad y vejez, *Primer congreso institucional de investigación innovación y desarrollo de la educación media y superior*, Universidad del Valle de México, Ciudad de México.
- Shafranske, E.P. y Malony, H.N. (1990). Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy*, 27(1), 72-78.
- Sheridan, M.J., Bullis, R.K., Adcock, C.R., Berlin, S.D., y Miller, P.C. (1992). Practitioners' personal and professional attitudes and behaviors toward religion and spirituality: issues for education and practice. *Journal of Social Work Education*, 28, 190-203.
- Silberfarb, P.M., Anderson, K.M., Rundle, A.C., et al., (1991). Mood and clinical status in patients with multiple myeloma, *J.Clin.Oncol.*, 9, 2219-2224.
- SMP, Sociedad Mexicana de Psicología, (2003). *Código Ético del Psicólogo*, Trillas: México.
- Soeken, K.L. y Carson, V.J. (1987). Responding to the spiritual needs of the chronically ill. *Nursing Clinics of North America*, 22, 603-611.
- Stander, V., Piercy, F.P., Mackinnon, D., y Helmeke, K. (1994). Spirituality, religion, and family therapy: competing or complementary worlds?. *The American Journal of family Therapy*, 22(1), 27-41.
- Thomas, L.V. (1999). *La Muerte, una lectura cultural*. Barcelona: Altaya.
- Tolstoi, L. (1886 / 2003). *La muerte de Iván Ilich*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Tucker, J.B., Roper, T.A., Rabin, B.S., Koenig, H.G. (1999). Religion and medicine. *The Lancet*, 353, 1803.
- Walker, L.J., y Pitss, R.C., (1998). Naturalistic conceptions of moral maturity, *Developmental Psychology*, 34, 403-419.
- Watts, A. (1983). *Psicoterapia del este, psicoterapia del oeste*. Barcelona: Kairos.
- Watts, R.E. (2000). Biblically based Christian spirituality and adlerian psychotherapy. *The Journal of Individual Psychology*, 56(3), 316-328.
- Watts, R.E. (2001). Addressing spiritual issues in secular counseling and psychotherapy: response to Helminiak's (2001) views. *Counseling and Values*, 45, 207-217.
- Wulff, D.M. (1996). *Psychology of religion: Classic and contemporary*. New York: John Wiley & Sons.
- Yates, J.W., Chalmer, B.J., St. James, P. (1981). Religion in patients with advanced cancer. *Med. Pediatr. Oncol.*, 9, 121-128.
- Zinnbauer, B.J. y Pargament, K.I. (2000). Working with the sacred: four approaches to religious and spiritual issues in counseling. *Journal of Counseling & Development*, 78, 162-171.
- Zinnbauer, B.J. Pargament, K.I. y Scott, A.B. (1999). The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects. *Journal of Personality*, 67 (6 December), 889-919.
- Zuckerman, D.M., Kasl, S.V., Osfeld, A.M. (1984). Psychosocial predictors of mortality among the elderly poor: the role of religion, well-being, and social contacts. *Am J Epidemiol*, 119, 410-423.

(Artículo recibido: 17-1-2006; aceptado: 5-10-2006)